緊急情報シート

○○地区社会福祉協議会／○○自治会

|  |
| --- |
| 作成日　令和　　年　　月　　日 |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 | （男・女） | 大正・昭和・平成　　年 　　月 　　日（　　　　）歳 |
| 住所 | 〒新潟市中央区 |
| 電話番号 |  |
| 健康保険証番号 |  |
| 血液型 | Ａ型　　Ｂ型　　Ｏ型　　ＡＢ型　　ＲＨ（　　） |

|  |
| --- |
| **＜かかりつけ医療機関＞** |
| 名称 |  |  |
| 科名・担当医 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 疾患名治療内容 |  | 服用薬 |  |

|  |
| --- |
| **＜緊急時連絡先＞** |
| 氏名 |  |  |
| 続柄 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 住所 | 〒 | 〒 |